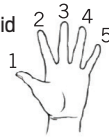

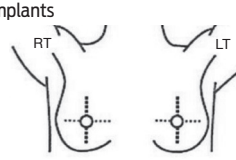


PATIENT INFORMATION	APPOINTMENT DATE / TIME
LAST NAME _____ FIRST NAME _____ ADDRESS _____ TOWN/CITY _____ POSTAL _____ PHONE (____) _____ HEALTH CARD # _____ - _____ - _____ DATE OF BIRTH _____ / _____ / _____ <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	APPT. DATE _____ / _____ / _____ APPT. DAY (please circle the day): MON TUE WED THU FRI SAT APPT. TIME _____ * Please provide 48 hours notice of cancellation. \$50 fee may be charged for missed appointment with no notice.

X-RAY	ULTRASOUND
<p>* no appointment or preparation required</p> <p>* please advise staff if you are or may be pregnant</p> <p>HEAD + NECK</p> <input type="checkbox"/> Sinuses <input type="checkbox"/> Skull <input type="checkbox"/> Facial Bones <input type="checkbox"/> Nose <input type="checkbox"/> Mandible <input type="checkbox"/> TM Joints <input type="checkbox"/> Adenoids <input type="checkbox"/> Neck for Soft Tissue <input type="checkbox"/> Orbits <input type="checkbox"/> Orbits - Pre-MRI <p>ABDOMINAL</p> <input type="checkbox"/> KUB (one view) <input type="checkbox"/> Acute (two views) + PA Chest <p>CHEST</p> <input type="checkbox"/> Chest PA + LAT <input type="checkbox"/> Chest PA Ins + Exp + Lat <input type="checkbox"/> Sternum <input type="checkbox"/> R Ribs + Chest PA <input type="checkbox"/> L Ribs + Chest PA <input type="checkbox"/> Immigration <input type="checkbox"/> Chest PA <p>SPINE + PELVIS</p> <input type="checkbox"/> Cervical Spine <input type="checkbox"/> Thoracic Spine <input type="checkbox"/> Lumbar Spine <input type="checkbox"/> Sacrum + Coccyx <input type="checkbox"/> S-I Joints <input type="checkbox"/> Pelvis (one view) <input type="checkbox"/> R Hip + Pelvis <input type="checkbox"/> L Hip + Pelvis <input type="checkbox"/> Scoliosis Series <p>SKELETAL SURVEY</p> <input type="checkbox"/> Arthritic <input type="checkbox"/> Metastatic <input type="checkbox"/> Bone Age <p>OTHER EXAMS OR VIEWS:</p> <p>_____</p> <p>UPPER EXTREMITIES</p> <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L Shoulder <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L Clavicle <input type="checkbox"/> Sternoclavicular Joints <input type="checkbox"/> AC Joint <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L Scapula <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L Humerus <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L Elbow <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L Forearm <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L Wrist <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L Scaphoid <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L Hand <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L Digit <p>LOWER EXTREMITIES</p> <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L Hip <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L Femur <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L Knee <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L Tibia + Fibula <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L Ankle <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L Foot <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L Calcaneus <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L Toes  	<p>* by appointment, and see preparations at back</p> <p>OBSTETRICAL</p> <input type="checkbox"/> Complete Obstetrical 18-20 weeks <input type="checkbox"/> Dating <input type="checkbox"/> High Risk <input type="checkbox"/> Complications <input type="checkbox"/> IPS (NT, 11-14 weeks) <input type="checkbox"/> Biophysical Profile <p>PROSTATE (incl. kidneys + bladder)</p> <input type="checkbox"/> Transabdominal <input type="checkbox"/> Transrectal <p>SMALL PARTS</p> <input type="checkbox"/> Thyroid <input type="checkbox"/> Neck <input type="checkbox"/> Scrotum <p>MUSCULOSKELETAL</p> <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L Shoulder <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L Elbow <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L Wrist <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L Hip <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L Knee <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L Ankle <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L Foot <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L Achilles/Plantar Fascia <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L Lumps/Masses bilateral imaging suggested <p>ABDOMINAL</p> <input type="checkbox"/> Abdominal <input type="checkbox"/> Abdomen + Pelvis <p>OTHER EXAMS:</p> <p>_____</p> <p>BIOPSY</p> <input type="checkbox"/> Thyroid FNA <input type="checkbox"/> Ultrasound Guided Breast Biopsy <input type="checkbox"/> Axillary Lymph Node Biopsy <p>BONE MINERAL DENSITY (DEXA) * walk-ins welcome, appointment preferred</p> <input type="checkbox"/> BMD in accordance with Ministry of Health ordering guidelines

VASCULAR ULTRASOUND + CARDIAC TESTING	BREAST IMAGING
<p>* by appointment, and see preparations at back</p> <p>HEAD + NECK</p> <input type="checkbox"/> Arterial (Carotids + Vertebrals) <p>ABDOMEN</p> <input type="checkbox"/> Abdominal Aorta <p>CARDIAC TESTING</p> <input type="checkbox"/> Echocardiography ♥ <input type="checkbox"/> LV function <input type="checkbox"/> Chest Pain <input type="checkbox"/> SOB <input type="checkbox"/> Palpitations <p>EXTREMITIES (Peripheral Venous)</p> <input type="checkbox"/> Arm <input type="checkbox"/> Leg: Superficial Venous (Varicose Veins) <input type="checkbox"/> Leg: Deep Venous Sys. (DVT) <p>EXTREMITIES (Peripheral Arterial)</p> <input type="checkbox"/> Arm <input type="checkbox"/> Leg with ankle-brachial indices <p>OTHER EXAMS:</p> <p>_____</p> <p>ARRHYTHMIA</p> <input type="checkbox"/> Arrhythmia <input type="checkbox"/> Syncope <input type="checkbox"/> Hypertension <input type="checkbox"/> Vascular Heart Disease <p>MURMUR</p> <input type="checkbox"/> Murmur <input type="checkbox"/> Cardiomyopathy <input type="checkbox"/> Other: _____	<p>* by appointment, and see preparations at back</p> <p>DIAGNOSTIC MAMMOGRAM</p> <input type="checkbox"/> Bilateral <input type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Implants <p>ULTRASOUND</p> <input type="checkbox"/> Bilateral <input type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Implants <p>CONTACT PATIENT DIRECTLY</p> <input type="checkbox"/> Contact patient directly if more views required <input type="checkbox"/> Contact patient directly to book breast biopsy if required <input type="checkbox"/> OBSP Screening <p>OTHER: _____</p> <p>Previous: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>Where: _____</p> <p>When: _____</p> 

CLINICAL HISTORY REQUESTED	REFERRING PHYSICIAN
<input type="checkbox"/> WSIB <input type="checkbox"/> Interpretation of Chiropractic X-Rays Requested <input type="checkbox"/> Consult requested for MRI/CT/Xray/Ultrasound	<p>STAT <input type="checkbox"/> VERBAL <input type="checkbox"/></p> <p>NAME OF DOCTOR _____ DOCTOR'S SIGNATURE _____</p> <p>PHONE _____ FAX / EMERGENCY TEL. _____</p> <p>DATE ISSUED: _____ / _____ / _____</p> <p><input type="checkbox"/> Request CD</p> <p>COPY TO: _____</p> <p>NAME _____ FAX # _____</p>



LIGHTHOUSE MEDICAL IMAGING

www.lighthousemedical.ca

PATIENT PREPARATION INSTRUCTIONS

ULTRASOUND PREPARATIONS آماده شدن برای سونوگرافی

- ABDOMEN, ABDOMINAL AORTA, RENAL ARTERIES**
Avoid excess fats the night prior to the exam and solid foods 8 hours before the exam. Small quantities of clear fluids are permitted. (Any medication should be taken as required).

شکم - آنورت شکم - شریان کلیه

شب قبل از آزمایش غذاهای پر چربی نخورید و هشت (8) ساعت قبل از آزمایش از غذاهای جامد اجتناب کنید. مقدار کمی آب و مایعات روشن میتوانید مصرف کنید. (داروهای تجویز شده را می توانید بخورید).

- PELVIC ONLY - FEMALE & MALE**
One hour prior to exam, drink 4 cups of water (total 32 oz). Do NOT empty bladder.

لگن تنها - زن و مرد

یک ساعت قبل از آزمایش چهار (4) فنجان آب (مجموع 32 اونس) بنوشید. مثانه را خالی نکنید.

- PROSTATE-TRANSRECTAL**
The evening before the examination, take a fleet enema (purchased at the drug store). One hour prior to exam, drink 4 cups of water (total 32 oz). Do NOT empty bladder.

پروستات - ترانز رکتال

شب قبل از آزمایش، یک فلیت انیما از داروخانه بخورید. یک ساعت قبل از آزمایش چهار (4) فنجان آب (مجموع 32 اونس) بنوشید. مثانه را خالی نکنید.

- ABDOMEN & PELVIC SAME VISIT**
Avoid solid foods and excess fats 8 hours before the exam. Small quantities of clear fluids are permitted. One hour prior to exam drink 4 cups of water (total 32 oz). Do NOT empty bladder.

شکم و لگن (هر دو آزمایش در یک روز)

شب قبل از آزمایش غذاهای پر چربی نخورید و هشت (8) ساعت قبل از آزمایش از غذاهای جامد اجتناب کنید. مقدار کمی آب و مایعات روشن میتوانید مصرف کنید. یک ساعت قبل از آزمایش چهار (4) فنجان آب (مجموع 32 اونس) بنوشید. مثانه را خالی نکنید.

- PREGNANCY**
One hour prior to the exam, drink the required amount of water:
under 12 weeks: 4 cups (32 oz)
12-24 weeks: 3 cups (24 oz)
over 24 weeks: 2 cups (16 oz)

حاملگی

یک ساعت قبل از آزمایش آب مورد نیاز را بنوشید:

زیر 12 هفته حاملگی: چهار (4) فنجان آب (مجموع 32 اونس)
12-24 هفته حاملگی: سه (3) فنجان آب (مجموع 24 اونس)
بالای 24 هفته حاملگی: دو (2) فنجان آب (مجموع 16 اونس)

- ECHOCARDIOGRAM, SCROTUM, THYROID + NECK, PARATHYROID, SALIVARY GLANDS, MUSCULO-SKELETAL, VASCULAR ULTRASOUND**
No preparation required.

اکوکاردیو گرام، کیسه بیضه، غده تیروئید و گردن، پارا تیروئید، تیروئیدتان بزاع، ماهیچه - استخوانی، سونوگرافی رگها
آمادگی لازم ندارد.

- MAMMOGRAPHY**
No powder or deodorant on day of your mammogram.

آزمایش سینه (پستان)

روز آزمایش هیچ پودر یا عطر یا کرم استفاده نکنید.

- BONE MINERAL DENSITY**
No vitamins, no calcium or iron supplements on day of your exam.

آزمایش استخوان پوک

ویتامین یا کلسیم تعلیقانی در روز آزمایش نخورید.

APPOINTMENTS وقت گرفتن برای آزمایش

PLEASE FOLLOW PREPARATIONS CAREFULLY:

- We reserve the right to refuse and reschedule services due to circumstances such as arrival time, equipment downtime, patient/equipment weight capacities, etc.
- Please allow approx. 45 minutes for each exam.
- Please arrive 10 minutes prior** to your scheduled appointment time in order to register and to complete any necessary paperwork.
- 48 hours notice is required for cancellations. \$50 fee may be charged for missed appointment with no notice.**
- Reports will be sent to the referring physician within 2-3 days. Urgent cases will be forwarded as soon as possible.
- Ministry of Health guidelines restrict the release of reports directly to patients.

لطفا با دقت دستورالعمل ها دنبال کنید:

ما اجازه داریم خدمات را به دلایل ساعت رسیدن شما به آزمایشگاه یا خرابی تجهیزات یا وزن ظرفیت بیماران یا تجهیزات قبول نکنیم و در آن صورت تاریخ یا ساعت آزمایش را تعقیب بدهیم.

لطفاً تقریباً 45 دقیقه برای هر آزمایش اجازه بدهید.

لطفاً 10 دقیقه قبل از ملاقاتتان خود را به آزمایشگاه برسانید تا بتوانیم شما را ثبت نام کنیم و مدارک لازم را پر کنیم.

48 ساعت برای لغو آزمایش لازم است.

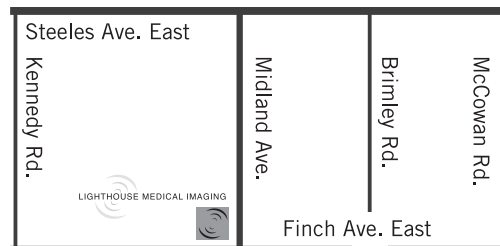
گزارش های تکمیلی به پزشکی که شما را به آزمایشگاه فرستاده اراعه خواهد شد. موارد ضروری هر چه زودتر به پزشک مراجعه فرستاده خواهد شد.

وزارت بهداشت انتشار گزارش به طور مستقیم به بیماران را محدود می کند.

This requisition form can be taken to any licensed facility providing the required services.

FINCH SITE

FREE PARKING



HOURS:

Mon to Thurs
7:30 am - 7:30 pm

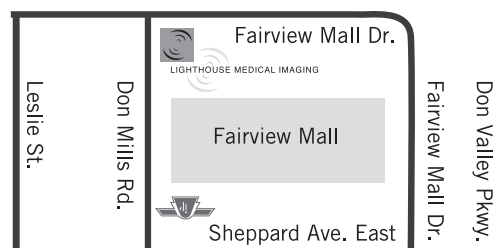
Friday
7:30 am - 5:00 pm

Saturday
8:00 am - 1:00 pm

4190 Finch Avenue East, Unit #LL04, Scarborough, ON, M1S 4T7

TELEPHONE (416) 293-5940 FAX (416) 293-6036

FAIRVIEW SITE



HOURS:

Mon to Thurs
7:30 am - 7:30 pm

Friday
7:30 am - 5:00 pm

Saturday
8:00 am - 1:00 pm

5 Fairview Mall Drive, Unit #100, North York, ON, M2J 2Z1

TELEPHONE (416) 499-3559 FAX (416) 499-4631